Ueber

# syphilitische Oesophagusstriktur.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

**Dr. Robert Rembold,**
Distriktsarzt in Oberdischingen.

---

**Tübingen, 1889.**
Druck von Heinrich Laupp jr.

Ueber

# syphilitische Oesophagusstriktur.

---

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt von

Dr. **Robert Rembold,**
Distriktsarzt in Oberdischingen.

---

**Tübingen, 1889.**
Druck von Heinrich Laupp jr.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent: **Prof. Dr. Luecke.**

Seinem lieben Vater

Herrn

Rechtsanwalt **F. X. Rembold**

in

Leutkirch

in kindlicher Dankbarkeit

gewidmet.

In der Berliner klinischen Wochenschrift XX. Jahrgang 1883 Nr. 33 hat Lublinsky sämmtliche bis dahin veröffentlichte Fälle von syphilitischer Striktur des Oesophagus zusammengestellt. Darunter finden sich nur wenige, welche auch zur pathologisch-anatomischen Untersuchung gelangt sind. Es dürfte daher von Interesse sein, der Casuistik einen weiteren, von mehreren Aerzten während des Lebens beobachteten und von mir selbst secirten Fall beizufügen.

Den Berichten jener Herrn Collegen ist folgendes zu entnehmen:

Theodor K., Postverwalter, 60 Jahre alt, ledig, stellte sich erstmals am 13. Oktober 1888 der ärztlichen Untersuchung. Es wurde damals von ihm und nachträglich von den Angehörigen des Patienten eruirt, dass er ein schwächliches, rachitisches Kind gewesen sei, das spät erst laufen lernte. Seine geistige Entwicklung soll, wie seine körperliche, in der Folge sehr zu wünschen übrig gelassen haben. Bis vor 10 Jahren hielt er sich lange ausser Europa auf. In dieser Zeit hat er sich Syphilis acquirirt; denn im Anfang der 70er Jahre begann ein hartnäckiger Schnupfen, der zur Eiterung führte und in Folge dessen bald nach der Rückkehr des Patienten in die Heimath Knochenstückchen aus der Nase kamen und sich die jetzt zu konstatirende Sattelnase ausbildete. Von der

primären Attaque wusste K. nichts. Im Jahre 1868 soll K. einen schlimmen Hals gehabt haben, an dem er über 1 Jahr litt.

Schon vor 4 Jahren war es den Angehörigen des Kranken aufgefallen, dass derselbe nach jeder Mahlzeit viel zu spucken hatte; man stellte ihm, wenn er zu Gaste war, immer ein besonderes Spuckbecken zurecht, in welches er dann in vielen kleinen Portionen theils Speisebröckel, theils massenhaften Schleim und Speichel entleerte. Er schrieb diese Erscheinung dem Umstande zu, dass er eben manche Speisen nicht vertrage. Beschwerden beim Schlingen waren nicht vorhanden.

Seit 1887 kamen bröcklige Speisen, wie geschnittenes Fleisch ohne Ausnahme zurück, dagegen konnten breiige Massen leicht genossen werden. Besonders verzehrte der Kranke gerne und in grossen Mengen Kartoffelbrei. Er beobachtete dabei, dass ein tüchtiger Mund voll leichter als eine kleine Ladung hinunter gelange.

Erst als die Nahrungsaufnahme auf Flüssigkeit sich beschränkte und auch diese kurz nach dem Einführen grossentheils wieder herauskam, entschloss sich der in hohem Grad gleichgiltige Patient ärztlichen Rath einzuholen. Schmerzen will er bei all' dem nie gehabt haben, ebenso kein Aufstossen und kein eigentliches Erbrechen.

Der Arzt konstatirte damals, dass er ein anämisches, schlecht genährtes Individuum vor sich hatte, bei dem die Sattelnase mit den entsprechenden Narben in der Nasenscheidewand, eine strahlenförmige hell glänzende Narbe in der hinteren Rachenwand, links von der Mittellinie und eine Adhäsion des rechten Theils des Velum palatinum am Rachen die durchgemachte Syphilis er-

kennen liessen. Am Hals, auf dem Herzen und den Lungen wurde nichts Pathologisches gefunden. Das Schluckgeräusch wurde untersucht; es ergab sich, dass dasselbe einem normalen nicht entsprach. Mit der Schlundsonde konnte man von den Zähnen aus gemessen, 87 cm weit eindringen, dann gelangte man auf einen sehr energischen Widerstand, der das Gefühl eines auffallend harten fast knorpelharten Gewebs darbot. Eine feinere Sonde konnte nach wenigen Versuchen bis in den Magen geführt werden.

Die Sondirung mit feinen Sonden gelang bei öfteren Versuchen bis zum 3. November jedesmal; an diesem Tage passirte die Sonde die Striktur zum letztenmal, von da ab war es nicht mehr möglich in den Magen zu gelangen. In der Folge vermehrten sich die Schlingbeschwerden ganz bedeutend, selbst Flüssigkeit konnte nicht mehr in den Magen gelangen, und die Abmagerung nahm immer mehr zu, so dass die Ernährung durch den Mastdarm nöthig wurde. Daher wurde der Patient am 12. November in das Spital (Ludwigs-Spital in Stuttgart) übergeführt.

Daselbst konstatirte man im Wesentlichen dasselbe, was schon aufgeführt ist. Ausserdem wurden während seines Aufenthaltes im Krankenhaus noch folgende Beobachtungen gemacht:

Die Temperatur schwankte zwischen 35,8 und 37,0 (war also in der Hauptsache subnormal), Puls 58—84, ziemlich kräftig. Die ausgeschiedene Urinmenge schwankte zwischen 150—250 ccm täglich. Der Harn war frei von Eiweiss und hatte ein specifisches Gewicht von 1030 bis 1035. Die Zunge ist stark belegt. Der Leib ist im

Epigastrium etwas druckempfindlich; ein Tumor wird dort nicht gefühlt. Ueber Schmerzen wurde selten geklagt, zuweilen aber, und dann in der Magengegend. In der Frühe stellte sich meist ein grosser Hunger ein. Von dem Genossenen glaubte Patient, dass zuweilen etwas in den Magen gelange. Nach Einnahme von Mahlzeit erfolgte immer ein Ausspucken von Massen, in denen sich das Genossene untermischt mit Speichel erkennen liess; diese Massen reagirten nie sauer. Mit Sonden konnte die Striktur im Spital nie passirt werden. Bei keiner der zahlreichen Sondirungen wurde im Auge der Sonde ein auf Carcinom verdächtiger Gewebsfetzen zu Tage befördert. Die Defäkation erfolgte regelmässig Nachts zwischen 2 und 3 Uhr und war mittelkonsistent.

Der Ernährungszustand nahm von Tag zu Tag mehr ab, um schliesslich einen extremen Grad allgemeiner Abmagerung zu erreichen. Doch konnte Patient immerhin noch bis zum letzten Tag ganz allein umhergehen und sogar Treppen steigen, blieb aber die 3 letzten Wochen der Krankheit, kurze Unterbrechungen ausgenommen, im Bett.

Die Stimme wurde heiser und klanglos. Das Sensorium war bis in die letzten Stunden vollkommen frei, die Stimmung heiter und hoffnungsvoll.

In den letzten 3 Lebenstagen trat unter geringer Temperatursteigerung eine rechtsseitige Parotitis auf.

Der Tod erfolgte in Collaps am 11. Dezember Nachts 11½ Uhr, nachdem der Patient noch allein aus dem Garten in sein im 1. Stock gelegenes Zimmer zurückgekehrt war.

Therapeutisch wurde öfters versucht, die Stenose durch allerdings sehr vorsichtig vorgenommene Sondi-

rung zu überwinden, was jedoch, wie schon gesagt, nicht gelang. Später wurden die Sondirungsversuche ganz aufgegeben, besonders weil die ausgespuckten Massen vereinzelte Blutfetzen enthielten.

Dreimal täglich bekam der Patient ein Ernährungsklystier (bestehend aus: 1 Kaffeelöffel voll Koch's Fleischpepton, 1 dto. Cognac und 4 Esslöffel voll Wasser), zweimal täglich eine subkutane Injektion von Oleum camphoratum (1 : 10) 2,0 und einmal ein grosses Wasserklystier. Die Klystiere konnten meist gut gehalten werden. Per stomachum bekam er Eis, Champagner, Kaffee, doch wurde in grösseren Mengen Gegebenes regelmässig sofort wieder ausgespuckt. Der Mund wurde ausgespült mit einer Lösung von Kali chloricum. Es wurde dem Patienten die Vornahme der Gastrotomie vorgeschlagen, aber von ihm abgelehnt.

Zu Lebzeiten hatte man die Diagnose auf Carcinoma Oesophagi als das Wahrscheinlichste gestellt, daneben allerdings die Möglichkeit einer narbigen, durch frühere syphilitische Erkrankung der Speiseröhre verursachten Striktur offen gelassen. Denn das Alter des Patienten rief als ersten den Gedanken hervor, dass die Unwegsamkeit des Oesophagus auf einer carcinomatösen Neubildung beruhe, die ja überhaupt die häufigste Ursache von Oesophagusstriktur zu sein pflegt. Andererseits aber wurde durch die Beobachtung der offenbaren Residuen durchgemachter Syphilis der Verdacht sofort auch auf diese als die Urheberin gelenkt. Gegen Carcinom sprach die lange Dauer und die ausserordentliche Widerstandsfähigkeit der Striktur. Diese wurde mir von einem der Herrn Collegen gerade als höchst charakteristisch

bezeichnet, so dass er auf diesen Befund hin allein die Diagnose Carcinom ausschliessen wollte. Ausserdem war auffallend, dass trotz sehr häufigen Sondirens und eifrigsten Suchens niemals Gewebsfetzen im Sondenöhr und ebensowenig im Erbrochenen zu finden waren.

Es mussten aber noch die anderen Ursachen, die eine Unwegsamkeit des Oesophagus zu bedingen im Stande sind, in Betracht gezogen werden. Ich erwähne die, welche nach dem nachgewiesenen anatomischen Sitz der Striktur überhaupt in Betracht kommen können:

Bei spatischer Stenose findet man einen Wechsel zwischen Durchgängigkeit und Undurchgängigkeit des Oesophagus, was in unserem Fall nie konstatirt wurde; ferner wurden auch keine Symptome von Hysterie oder Hypochondrie beobachtet.

Kyphose der Lendenwirbelsäule ist nicht vorhanden.

Eine Verätzung des Oesophagus ist abgesehen von der Anamnese ausgeschlossen dadurch, dass an der gewöhnlichen Stelle, wo jene Läsionen sitzen, in der Höhe des Ringknorpels eine solche nicht nachzuweisen ist, ebensowenig wie im Mund oder den in Betracht kommenden Parthien des Rachens, speciell des Zungengrundes und des Kehlkopfeingangs.

Ein Divertikel ist selbst durch die zahlreichen Sondenuntersuchungen nicht nachgewiesen worden. Wäre ein solches vorhanden gewesen, so hätte es sich von Zeit zu Zeit entleert und man hätte dann wohl einmal die Stelle passiren können.

An Polypen gelangt man mit der Sonde gewöhnlich dank der Elasticität der Oesophagus-Wandung vorbei, ausserdem würden sie eine Verengung im obern Theil

verursacht haben, da sie ihren Sitz und Ursprung nur im Rachen zu haben pflegen.

Bei Oesophagitis phlegmonosa sind bis jetzt nur akute Stenosen beobachtet, nicht solche in Folge von Narbenbildung. Nicht beobachtet, wenn auch denkbar ist Unwegsamkeit des Oesophagus in Folge von Oesophagitis granulosa, von Narbenbildung nach Blattern (ist beobachtet aber nicht sicher festgestellt), Lymphdrüsenschwellungen, Diphtherie (vergl. unten Fall Schlechtendal), Tuberkulose, Sarkomen, Carcinomen des Mediastinums und Aortenaneurysmen. Für all' das, und auch für Fremdkörper, die etwa Jahre lang (Zenker und Ziemssen, Oesophagus-Krankheiten) im Oesophagus liegen geblieben wären, kann Nichts aus Anamnese und Krankengeschichte geltend gemacht werden, wodurch der positive Verdacht, der auf Carcinom oder Syphilis fällt, entkräftet würde.

Sektion am 12. Dezember 1888 Abends 7 Uhr.

Stark abgemagerte Leiche; das Unterhautfettgewebe fehlt fast gänzlich. Die Muskulatur ist atrophisch. An den Extremitäten überall ausgesprochene Todtenstarre. An den abhängigen Körperparthieen befinden sich seltene blasse Todtenflecken. Die Nase ist eingesunken. Das Netz bedeckt die dünnen Därme und ist fettlos.

Die Peritonealhöhle ist leer; die Därme sind kontrahirt.

Zwerchfellstand rechts 5. Rippe; links 5. Intercostalraum.

Nach Eröffnung des Thorax ziehen sich die Lungen vollständig zurück; die Pleurahöhlen enthalten keine Flüssigkeit. Die hinteren Flächen der Lungen sind mit der Pleura parietalis leicht löslich verwachsen.

Der Herzbeutel enthält ebenfalls keine Flüssigkeit, das Herz ist klein. Die Ventrikel enthalten nur wenig flüssiges Blut. Das Herzfleisch zeigt eine braune Farbe. Die Valvula mitralis ist für 2 Finger leicht durchgängig. Die Klappen zeigen weder Auflagerungen noch Substanzverluste und sind zart. Das Anfangsstück der Aorta ist erweitert, die Wandung fibrös verdickt mit Einlagerungen von Kalkplatten.

Die Lungen zeigen auf dem Durchschnitt normale Beschaffenheit und sind überall lufthaltig; nur in der linken Lungenspitze ist an der Oberfläche ein 1 cm tiefer, 2 cm im Durchmesser haltender, derber, schwarz gefärbter Herd, der zwei halblinsengrosse Hohlräume enthält, aus denen eine eingetrocknete, käsige Masse entfernt werden kann.

Die Bronchialdrüsen sind teilweise pigmentirt, nicht vergrössert.

Die Milz ist klein, schlaff, ihre Kapsel gerunzelt, ihr Parenchym von braunroter Farbe, atrophisch.

Die Nieren sind von normaler Grösse, ihre Kapsel ist leicht abziehbar. Die Oberfläche beider Nieren ist grob gelappt (fötale Lappung). Auf der Schnittfläche sind Rinden- und Marksubstanz leicht zu unterscheiden; die Farbe derselben ist blassrot; der Blutgehalt der Organe ist gering.

Die Leber ist klein, ihr Ueberzug ist stellenweise verdickt; die Schnittfläche zeigt eine undeutlich acinöse Zeichnung und ist dunkelbräunlich.

Die Harnblase ist kontrahirt und leer, ihre Schleimhaut blass.

Das mit dem Oesophagus herausgenommene Velum

palatinum adhärirt mit seiner rechten Hälfte an der Rachenwand; an letzterer befindet sich weiter abwärts und links von der Mittellinie eine strahlige, glänzende Narbe.

Der Oesophagus, der samt dem Magen aus der Leiche entfernt wurde, wird von oben her aufgeschnitten, dabei gelangt man 23 cm unter dem Ary-Knorpel auf eine Verengung, die nur für eine ganz feine Sonde durchgängig ist. Der Umfang des Oesophagus misst über dieser Verengerung, in seinem oberen und mittleren Teile, in verschiedener Höhe gemessen, 4—4½ cm. Es zeigte dieser Abschnitt vor der Eröffnung keinerlei Inhalt.

Die Striktur sitzt 6 cm über der Cardia, ihr Umfang beträgt auf der Schleimhautfläche gemessen an der engsten Stelle 8 mm. 1 cm über dieser Stelle misst der Umfang des Oesophagus 2½ cm, erst 6 cm über derselben ist er wieder normal weit. Es verengert sich demnach der Oesophagus von 12 cm über der Cardia trichterförmig bis 6 cm über derselben, wo die grösste Verengerung sitzt. Diese misst in der Längsrichtung des Oesophagus höchstens 2 mm, dann erweitert sich das Lumen nach abwärts zu etwas rascher wieder trichterförmig, so dass die Weite schon 1 cm unter der Striktur 4 cm beträgt.

Bei Betrachtung der inneren Oberfläche erkennt man an der Stelle der Striktur quer zum Oesophagus verlaufende, fadenförmige, weiss glänzende Züge, die in seiner Wand einen vollständigen Ring von 2 mm Breite bilden und jene Stelle der grössten Verengerung einnehmen.

Von diesem Narbenring gehen einzelne Ausläufer

aus und zwar einer an der hinteren Wand nach unten 10 mm lang und in eine Spitze auslaufend, ebenso einer nach oben, 2,5 cm lang und ein dritter an der rechten Wand ebenfalls nach aufwärts 2 cm lang. Die beiden letzteren sind unten von beträchtlicher Breite und werden nach oben zu allmählich schmäler.

Substanzverluste sind an der Oberfläche keine zu sehen. Der tastende Finger fühlt an der Stelle der Striktur keine Verdickung, die betreffende Stelle fühlt sich nur mässig derber an, als die übrige Oesophagus-Wandung. Die Narbenzüge sitzen in der Schleimhaut und im submucösen Gewebe, dringen aber nicht in die Muskulatur ein.

Die peri-ösophagealen Lymphdrüsen sind von normaler Grösse, und zeigen beim Durchschneiden normale Consistenz, ihr Parenchym ist durchgehends stark pigmentirt.

Der Magen enthält etwa ¼ l sauer riechender grünlicher Flüssigkeit. Seine Schleimhaut, sowie die der Därme ist blass.

Die Mesenterial-Drüsen zeigen nichts Besonderes.

Die Drüsen beider Leistengegenden sind vergrössert, ziemlich derb, ihre Schnittfläche glatt und speckig glänzend.

Am Penis ist eine Narbe mit Bestimmtheit nicht nachzuweisen.

Die Gegend der rechten Parotis ist deutlich geschwollen. Beim Einschneiden zeigt sich das Gewebe etwas härter als normal, von der Schnittfläche lässt sich eine reichliche, trübe Flüssigkeit mit dem Messer abstreifen. —

Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergibt

demnach, dass es sich um eine rein narbige Striktur des Oesophagus handelt, wodurch schon ein grosser Theil der oben benannten Möglichkeiten, in denen die Diagnose während des Lebens sich bewegte, wegfällt, besonders das Carcinom und die Tuberkulose. Zu einer Narbenbildung im Oesophagus aber könnten Veranlassung gegeben haben: Fremdkörper, Anätzungen, Fisteln durch chronische Abscesse verursacht, Diphtherie und endlich syphilitische Ulceration.

Ein Fremdkörper ist durch den klinischen Verlauf ausgeschlossen, Anätzung desgleichen, sowie durch die Beschränkung der Striktur auf eine einzige ganz kurze Strecke.

Durch Fisteln von chronischen Abscessen ausgehend oder auch durch akute Oesophagitis entstanden, könnte doch nicht wohl eine ringförmige sondern nur eine oder mehrere strahlenförmige Narben verursacht werden. Von derartigen Fällen finde ich nur einen in der Litteratur erwähnt, den übrigens verschiedene Lehrbücher zu den Fällen von syphilitischer Striktur gerechnet haben. Es ist dies der Fall von Klob, in der Gesellschaft der Aerzte in Wien demonstrirt und im Protokoll [1]) der Gesellschaft mit folgenden Worten erwähnt:

»Das Präparat betrifft einen Oesophagus einer nach sekundärer Syphilis anämisch gestorbenen jungen Frau, dessen Eingang durch Narbenbildung verengt ist. Die eine Strecke weit losgelöste hintere Rachenwand ist durch die Narbe an die Giessbeckenknorpel herangezogen worden. Die Erkrankung wurde als Oesophagus-Striktur

1) Wiener med. Wochenschrift Nr. 11, 1875, pag. 21.

aufgefasst. Klob deutet den Befund als Residuum eines Retropharyngeal-Abscesses, welcher durch Senkung des Eiters die hintere Rachenwand loswühlte, später zu einem Durchbruch nach vorn führte und nach längerem Bestande sogar eine schleimhautähnliche Auskleidung dieses Pseudodivertikels zur Entwicklung brachte, welche die Diagnose des Falls erschweren musste.«

Die Diphtherie ergreift den Oesophagus äusserst selten. Eine Strikturirung des Oesophagus durch Diphtheritis-Narben ist anatomisch mit Sicherheit nicht erwiesen, wenn auch ein von Leube und Penzolt klinisch beobachteter und beschriebener Fall den Zusammenhang von Diphterie und Stenose wahrscheinlich macht, ebenso wie ein neuerer Fall, der im Archiv für klinische Chirurgie XXXIII. Band, pag. 774, von Dr. Schlechtendal veröffentlicht ist. Von letzterem Fall führe ich das Wesentliche an:

Die am 9. Oktober 1885 in's Henriettenstift aufgenommene Frau Müller, 26 Jahre alt, hatte vor 4 Jahren eine ausserordentlich heftige Diphtherie des Rachens durchgemacht. Seitdem bemerkte sie eine stetig zunehmende Erschwerung im Schlingen. Sie heirathete in der Zwischenzeit noch und gab auch einem Knaben das Leben. Aus der entkräfteten Patientin, die zudem von Natur noch einsilbig zu sein schien, liess sich nur wenig erfragen; sie gab an, dass vor 8 Tagen die Schwierigkeit des Schlingens zur Unmöglichkeit geworden sei, und dass sie seitdem absolut nichts mehr habe hinabschlingen können; Alles, was sie genösse, bleibe im Halse stecken und kehre durch eine sofort eintretende Würgebewegung wieder zurück. Das Hinderniss sass offenbar sehr hoch.

Die Patientin war sehr elend. An Lunge, Herz, Nieren wurde nichts Pathologisches gefunden. Keine Sonde und kein noch so feines Bougie gelangte weiter als hinter den Aditus Laryngis.

Am 12. Oktober wurde die durch Nebenumstände erschwerte Gastrotomie vorgenommen. Etliche Stunden darauf trat heftiges Würgen und Erbrechen und zwar einer ganz abundanten Menge von fötid riechender, wässriger, graubrauner Flüssigkeit auf. Obwohl man durch Ernährungsklystiere und auch schon vom 2. Tag ab nach der Operation durch Zufuhr von Speisen in den Magen die Kranke zu kräftigen suchte, so verfiel sie doch sichtlich, da das Erbrechen immer noch fortdauerte und einen Zustand äusserster physischer und psychischer Unruhe hervorrief, so dass sie am 14. Oktober früh 7 Uhr mit Tod abgieng.

Die Sektion 5 Stunden post mortem ergab: Die Wundränder der Bauchdecken und die Vereinigung dieser letzteren mit der Wandung des Magens waren fest mit einander verlöthet. Im Abdomen fand sich sehr wenig schwach getrübter Flüssigkeit vor; die Serosa war allenthalben glatt, spiegelnd und nirgends verklebt.

Im Tractus intestinalis fanden sich einige harte Kothballen.

Die Lungen waren leicht verklebt und unten verwachsen und enthielten einige knötchenförmige Entzündungsresiduen und Narbenstränge.

Die Mediastinal-Lymphdrüsen waren sehr geschwollen, hart, theils kreidig, theils käsig und enthielten zumeist viel Pigment.

Die Fauces verengern sich dicht hinter der Epi-

glottis zu einem kurzen Trichter mit geschlossenem Boden. Keine, auch nicht die feinste Sonde lässt sich durch die, nach dem erfolgten Erbrechen doch kategorisch zu fordernde Oeffnung weiterschieben. Die Verengerung war von festem, glattem, hartem Narbengewebe gebildet, welches das ganze Lumen gleichmässig einnahm. — Der Larynx war intakt. — Unterhalb dieser Striktur war der Oesophagus aufgetrieben und erweiterte sich nach unten in einer langen und breiten Spindelform. Am unteren Ende verjüngte er sich wieder ad minimum. Man schnitt ihn der Länge nach auf und fand ihn gleichmässig dilatirt. Er enthielt noch eine reichliche Menge der vorerwähnten stinkenden Massen. Die Verjüngung an der Cardia entsprach einer zweiten Striktur von anatomisch gleicher Gestalt und physiologisch gleicher Dignität. Denn auch hier gelang es nicht, eine Sonde in den Magen einzuführen, dagegen gelang es auf dem umgekehrten Weg an beiden Strikturen eine sogar dickere Sonde von unten nach oben durchzuschieben.

Die anatomischen Eigenschaften der Striktur dieses Falles sind denen des meinigen unzweifelhaft sehr ähnlich. Der ganze Fall aber unterscheidet sich durch das Vorhandensein einer zweiten Striktur am Oesophagus-Anfang und durch den unmittelbaren Anschluss der Erscheinungen an eine schwere Diphtherie wesentlich von demselben. Uebrigens getraut sich Schlechtendal selbst nicht die untere Striktur bestimmt auf die Diphtherie zu beziehen. Die von ihm dabei erörterte Frage eines ausgeheilten Ulcus rotundum cardiae kann für meinen Fall bei der 6 cm betragenden Entfernung von derselben nicht in Betracht kommen.

Es bleibt somit für den pathologischen Anatomen in gegenwärtigem Fall nur die Diagnose »Striktur des Oesophagus durch eine syphilitische Narbe« übrig und stützt sich einerseits auf den Ausschluss aller anderen Möglichkeiten, andererseits auf die Anwesenheit ebensolcher unzweifelhaft syphilitischer Narben und Residuen im Pharynx, Gaumen, Nase und Lymphdrüsen.

Zur weiteren Vergleichung erlaube ich mir nun alle anatomisch untersuchten Fälle von syphilitischen Strikturen des Oesophagus, welche ich in der Litteratur erwähnt gefunden habe, anzureihen.

Es sind dies zunächst zwei Fälle von Virchow. Der erste davon ist aufgeführt im Archiv für pathologische Anatomie Band 15, pag. 272 mit folgenden Worten:

»Konstitutionelle Syphilis. Morbus Brightii. Dysenterie und Pleuritis. Zahlreiche Organerkrankungen.

Im Jahre 1850 starb in der Würzburger Klinik ein Mann, der im Laufe einer konstitutionellen Syphilis hydropisch geworden war, an Dysenterie und Pleuritis. Vollständige Atresie der Choanen und narbige Stenose des oberen Oesophagus-Theils, während das untere hämorrhagische Erosionen zeigte. Larynx und Trachea frei, dagegen Bronchiektasien mit pneumonischer Infiltration und käsiger Erweichung. Die Jugular- und Bronchialdrüsen käsig geschwellt. Weitgreifende Narben der Leber, welche an andern Stellen sehr hyperämisch ist. Milz gross, sehr fest, anämisch, Follikel klein. Nieren verkleinert, mit narbigen Einziehungen der blassen Rinde, Markkegel gross und blutreich. Dysenterische Veränderungen im Colon. Lumbar- und Gekrösedrüsen käsig infiltrirt. Narbe an der Corona glandis neben dem

Frenulum. Schwellung der Nebenhoden, der linke Hoden partiell synechisch.«

Ein zweites Mal verweist dieser Autor auf ein Präparat der Berliner Sammlung [1]), wo »neben dem sich retrahirenden Geschwür noch die in fettiger Metamorphose begriffenen gelben Gummistellen zu sehen waren, aus denen die Verschwärung hervorgieng«.

Ferner beschrieb Wilks [2]) aus dem Guy-Hospital-Museum ein Präparat, das an der Grenze von Pharynx und Oesophagus eine Verengerung trägt, die in Folge einer syphilitischen Affektion entstanden war.

»Der Oesophagus ist an dieser Stelle beträchtlich gerunzelt, es hat hier offenbar ein Geschwür bestanden, und ist das darunter liegende submucöse Gewebe etwas indurirt. Einige benachbarte Cervical-Lymphdrüsen erscheinen vergrössert und verhärtet.«

Die dieser kurzen Beschreibung beigegebene Abbildung zeigt in der Form der Striktur, namentlich durch das trichterförmige Zulaufen des Oesophagus lumens von oben und unten her gegen die Striktur frappante Aehnlichkeit mit meinem Präparat.

Von James West sind 2 Fälle veröffentlicht [3]):

1) Die 21jährige, ledige Jane M. wurde in das Queens-Hospital am 18. Mai 1858 aufgenommen, nachdem sie schon vorher mehrfach an verschiedenen Formen sekundärer Syphilis behandelt worden war. Einmal hatte sie nämlich an beträchtlicher Verminderung des

1) Virchow, Die krankhaften Geschwülste, Bd. II, p. 415.

2) On the syphilitic affections of internal organs. Guys hospital reports. London 1863.

3) Dublin. Quart. Journal 1860, vol. XXIX u. XXX.

Hörvermögens gelitten und war nach mehrmonatlichem Eiterausfluss aus dem linken Ohr ein nekrotisches Fragment des Schläfenbeins ausgestossen worden; dann hatte sie eine Zeit lang eine schuppige Hautaffektion und litt seit den letzten 6 Monaten an Schmerzen im Rachen. Sie hatte zwei Kinder und hatte ihre letzte Entbindung vorangegangenen Oktober stattgefunden. Vor 3 Jahren hatte sie Gonorrhoe, zieht aber in Abrede, je an Schanker oder Bubo gelitten zu haben.

Jetzt klagt sie über Unmöglichkeit zu schlingen und über Regurgitiren der Nahrung. Schmerzen hat sie nie beim Schlingen. An beiden Mandeln, den Gaumenbögen und weichen Gaumen sind ausgebreitete Ulcerationen mit aschgrauem Grund und rothen Inseln. Hochgradige Abmagerung, bedeutende Anämie. Ordination: Jodkali mit Chinadecoct und Gurgelwasser mit Salzsäure, später Pinseln mit einer Höllensteinlösung.

Das Schlingen wurde dabei immer schwieriger, so dass die Patientin beinahe keine Nahrung bekam, der Kräftezustand immer geringer. Ein Versuch am 28. Mai mit einer dünnen Schlundsonde den Oesophagus zu passiren schlug fehl, dagegen schien die nunmehr versuchte Aetzung des Rachens mit Kupferacetat das Schlingen etwas zu bessern. Auch fand man, dass sie nach Versuchen, einen elastischen Katheter durchzuführen, welche alle 2 Tage gemacht wurden, etwas leichter zu schlucken befähigt war.

Da aber trotzdem die Ernährung immer noch zurückgieng, so wurde eine energische Quecksilberkur (Sublimat innerlich, Einreibung grauer Salbe) instituirt, musste aber schon am 28. Juli wieder unterbrochen werden, obgleich einige Besserung eingetreten war. Die Sonden-

behandlung wurde fortgesetzt, auch das Quecksilber wieder zeitweise versucht, ohne dass eine wesentliche Aenderung des Zustandes eingetreten wäre.

Die Frage der Gastrotomie wurde erörtert, die Operation aber verworfen, weil eine Affektion beider Lungenspitzen sich nachweisen liess. — Tod am 2. September.

Sektionsergebniss: Lungen vielfach adhärent, enthalten tuberkulöse Einlagerungen in verschiedenen Erweichungsstadien mit kleinen Cavernen in den Oberlappen und einer ebensolchen von der Grösse eines Taubeneis in der linken Spitze. Das Herz zeigt nichts Besonderes. Der Magen enthält etwa ein Quart grüner, viscider Flüssigkeit.

Der obere Theil des Oesophagus ist auf ungefähr 4 Zoll vom oberen Ende sehr erweitert, seine Schleimhaut verdickt, mit frischen Narben bedeckt. Dann ist er plötzlich zusammengezogen und endet in einen engen Kanal der nur mit Mühe einen Katheter Nr. 4 durchlässt. Diese Striktur ist ungefähr $2^1/_2$ Zoll lang und ist erzeugt durch eine Verdickung der Mucosa und fibröse Einlagerungen und Züge, die dem Ganzen viel Aehnlichkeit mit einer Urethral-Striktur geben. Unterhalb ist der Oesophagus vollkommen gesund bis zu seiner Einmündung in den Magen.

Die Leber ist weich, deutlich fettig. Ihre Oberfläche zeigt fibröse Einziehungen, die Kapsel ist leicht verdickt.

Die Milz ist weich, ihre Kapsel verdickt.

Die Nieren zeigen nichts Besonderes, ebenso der Uterus.

In dem hinteren Theil des Scheideneingangs eine verdächtige Stelle (Narbe).

2) Mary K., 25jährige Wittwe, wurde am 12. Juni 1859 mit sekundär syphilitischen Rupiakrusten und Geschwüren an Gesicht und Beinen aufgenommen.

Ihr Allgemeinbefinden war sehr schlecht, sie war hochgradig abgemagert.

Pat. gab zu, 2 oder 3 Monate vor Auftreten der Geschwüre Schanker gehabt zu haben. Eine Behandlung hatte nicht stattgefunden, da ihr bis eine Woche vor der Aufnahme die Natur der Erkrankung nicht bekannt war.

Ordination: Kräuterumschläge auf die Geschwüre, Stimulantien, Tonica, gute Ernährung. Darauf trat eine rasche Besserung des Allgemeinbefindens und Reinigung der Geschwüre ein. Dann wurde Quecksilber verabreicht (Calomel-Fumigationen). Trotz der hiedurch erzeugten wesentlichen Besserung der Geschwüre war der Apettit schlechter und verminderte sich das Allgemeinbefinden. Auch die Geschwüre verschlechterten sich im Laufe des Septembers wieder, es traten weitere Ulcerationen an Nase und Wange auf, die trotz lokaler Behandlung mit Salpetersäure und Allgemeinbehandlung mit Sublimat und Jodkali immer mehr zunahmen.

Ende Dezember trat Erschwerung des Schlingens ein. Eine Lokalbehandlung wurde aber bei dem hoffnungslosen Allgemeinbefinden nicht eingeleitet, sondern nur durch flüssige Nahrung und Stimulantien das Leben möglichst zu erhalten gesucht. Tod 4. Februar 1860.

Die Sektion ergab: Hochgradige Abmagerung. Die Beine durch vernarbte Geschwüre in der Umgebung der Kniee gegen den Bauch heraufgezogen. Gesicht, Beine und Rumpf von zahlreichen Rupiageschwüren in verschiedenen Stadien bedeckt, dazwischen alte Geschwürsnarben. Die Nase ist zum grössten Theil durch ein frisches Geschwür zerstört. Die Wange ist der Sitz einer grossen, schmierigen Ulceration. Herz und Lunge gesund.

Der Oesophagus zeigt eine röthlich-livide Erosion der Schleimhaut in seinem unteren Theil, auf eine Länge von ungefähr 2 Zoll, noch deutlich gerade über der Cardia.

Es handelt sich nicht um eine tiefe Ulceration und stark ausgesprochene Verengung, aber doch um eine beträchtliche fibröse Ablagerung im submucösen Gewebe, welches das Kaliber des Kanals dicht über der Haupterosion deutlich vermindert hatte.

Leber blass und fettig, aber nicht hypertrophirt. Milz normal, Nieren anämisch.

Im Magen an der kleinen Curvatur ein seichtes regelmässiges Geschwür von der Grösse eines Schillings.

Leichte Injektion und Erosion der Vaginalportion. —

Aus diesen Darstellungen ist hervorzuheben, dass Narben-Strikturen im Oesophagus im Gefolge von Syphilis anatomisch nachgewiesen sind in 6 Fällen, 3 mal sassen dieselben im oberen Theil, 2 mal im unteren, einmal ist der Sitz nicht näher angegeben. Der zweite Fall Virchow's bezeichnet als den Ausgang der Narbenbildung das Gumma.

Zu weiteren Schlüssen allgemeiner Natur ist das vorhandene Material zu klein.

An dieser Stelle erlaube ich mir nun noch den Herrn Dr. v. Teuffel, Medizinalrath Dr. Burckhardt und Dr. Brudi in Stuttgart meinen verbindlichsten Dank für die Mittheilung des klinischen Verlaufes des mir mitgetheilten Falles abzustatten. Die Gelegenheit zur Vornahme der Sektion und näheren Untersuchung des fraglichen Präparats verdanke ich meinem Bruder Medizinalrath Dr. S. Rembold, Prosektor am Ludwigsspital in Stuttgart.